

Pforten auf für eine effizientere Medizin ...

Als Antwort auf die Herausforderungen, vor die uns das neue Krankenversicherungsgesetz (LAMal) und die Entwicklung der modernen Medizin stellen

Die Zeit der „handwerklichen“ Medizin liegt hinter uns. Es muss nun schnell eine medizinische Führungskultur geschaffen werden. Nach den anfänglichen Jahren der „intuitiven“ Medizin, gefolgt von der empirischen Medizin, sind wir nun in einer Ära des Übergangs hin zu einer „wissenschaftlicheren“ und individuelleren Medizin. Diese drückt sich über fortschrittlichere und komplexere Systeme, Prozesse, Technologien, Pflegekonzepte und Finanzierungsmodelle aus, die das Gesundheitswesen revolutionieren werden.

Ein Patient stirbt an einer Überdosis während einer Chemotherapie. Einem anderen Patienten wird ein gesundes Bein amputiert. Diese „unerwünschten Ereignisse“ wiederholen sich in der Schweiz regelmässig – trotz der wachsenden Mobilisierung der Spitäler, Kliniken und Pflegeheimen für das Thema Patientensicherheit (klinisches Risikomanagement). Am letzten Kongress, der von der Stiftung für Patientensicherheit „Fondation pour la Sécurité des Patients“ im Novembre 2012 organisiert worden ist, wurde angesprochen, dass laut einer Schätzung 700 bis 1.700 vermeidbare Todesfälle jährlich in der Schweiz vorkommen. Was nosokomiale Infektionen betrifft, so verbleibt die Quote auf einem hohen Niveau (7% der stationär aufgenommenen Patienten).

Aber unsere medizinischen Versorgungseinrichtungen stehen noch vor einem anderen Problem, das ebenso akut ist und komplementär wirkt: die klinische Excellence, d.h. die Fähigkeit, den Patienten die geeignetste und beste Versorgung zu gewähren, und dies im richtigen Moment und durch das am besten geeignete medizinische Team. Anders gesagt, effektive, adäquate und wirtschaftliche medizinische Versorgung anzubieten (man spricht von EAE-Kriterien), was vor allem kontinuierliche Forschungsarbeit, Messen, Bewerten und Standardisieren der medizinischen Versorgungsmethoden bedeutet. Jedoch müssen wir feststellen, dass unsere oft handwerklichen Vorgehensweisen heute weder dem Bedarf und den Erwartungen der Patienten entsprechen noch den Möglichkeiten der Medizin und noch viel weniger den verfügbaren finanziellen Mitteln. Das Problem liegt darin, dass diese Realität in der Schweiz noch kaschiert wird, sowohl von den Politikern als auch von den Ärzten, um so mehr als wir erst vor ganz kurzer Zeit Instrumente zur Qualitätsmessung eingeführt haben. Es herrscht immer noch Tendenz, klinische Excellence als einen gegebenen Fakt zu betrachten.

Das Bewusstsein für diese Problematik im Bereich der klinischen Excellence wächst. Einrichtungen in der französischsprachigen Schweiz, wie das Universitätsspital Genf oder Mitglieder des Klinikverbands Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV), beginnen Qualitätsmanagementprinzipien anzuwenden, wie sie von W. Edwards Deming propagiert wurden.

Andere Krankenhausgruppen, wie beispielsweise die Alliant-Gruppe (Kentucky) oder die Intermountain Healthcare (Utah)¹, haben diese Reise vor über 25 Jahren angetreten und bemerkenswerte, ermutigende Resultate in allen medizinischen Fachrichtungen erzielt. Der Intermountain gelang es z.B. gegen Ende der 80-iger Jahre die Kosten für die prothetische Chirurgie um über 30 % zu senken. Diese verschiedenen Initiativen zeigen genau wie bei zahlreichen anderen Erfahrungen in unterschiedlichen Industrien (z.B. Automobilindustrie), dass Qualität und Kosten in der Tat zwei Seiten der gleichen Medaille darstellen. Leider wird diese Wahrheit allzu häufig ignoriert.

Die Notwendigkeit eines Übergangs von einer fragmentierten Medizin, die auf individuelle Erfahrung aufbaut, hin zu einer interdisziplinär aufgestellten Medizin, die auf die systematische

¹How Intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts –Dr Brent C. James and Lucy A. Savitz – Health Affairs 30, No 6 2011

Anwendung von evidenzbasierten Verfahren ausgerichtet ist, hat nichts mit einer Glaubensbewegungen zu tun. Sie ergibt sich aus der Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Werkzeugen, die ihren Wert schon seit 1900 unter Beweis gestellt haben, als Dr. Ernest Codmann in der Medizin ein Konzept der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung eingeführt hat.

Die Grundüberlegung für diesen Übergang ist relativ einfach². Wenn man - basiert auf wissenschaftlich fundierten Beweisen – die beste Behandlungsmethode für eine gegebene Pathologie kennen würde, würde keiner wollen, dass man nicht alle betroffenen Patienten so behandelt. Die Realität beweist aber, dass tatsächlich nur ein Bruchteil der Patienten von diesen „best practices“ profitieren kann.

Mit anderen Worten: Die Varianz unter den medizinischen Verfahren sind sehr groß³. Und folglich bietet man oft nicht die geeignetsten Behandlungsverfahren an. Im Gegensatz zu anderen Industrien mit hohen Risiken (z.B. die Luftfahrtindustrie), leidet das Gesundheitswesen insbesondere an einem Mangel an „Standardisierung“, mit der Folge von großen Qualitäts- und Sicherheitsproblemen.

Es gibt geographische, politische, finanzielle, ethnische und kulturelle Einschränkungen, die berücksichtigt werden müssen. Die vorgeschlagene Standardisierung soll nicht sagen, dass die Maßnahmen überall identisch sein sollen. Aber die medizinische Gemeinde einer Stadt, einer Region müsste fähig sein, ein einheitliches Verhalten, Ziele und Verfahren zu verfolgen sowie identische clinical pathways, was große Fortschritte durch die Reduktion der Varianz der Behandlung erlauben würde. Ganz zu Schweigen davon, dass die Patienten immer besser informiert sind, dank den sozialen Netzwerken, dem Internet - und daraus ergibt sich eine wachsende und legitime Anspruchshaltung.

Es sei an zahlreiche Recherchen erinnert, die vor allem in den USA und in Europa durchgeführt worden sind und aufzeigen, dass unsere klinischen Methoden / Aufgaben oft an folgenden Krankheiten leiden:

- Zwischenfälle und ungeeignete Maßnahmen bleiben zu hoch. Der oben zitierte Bericht von 2010 des „Institute of Medicine“ in den USA beweist: Unnötige Versorgung und „Überbehandlung“ haben sich in den USA auf 210 Milliarden US\$ erhöht (8 % der Ausgaben in 2009). Vermeidbare Komplikationen haben in den USA Kosten in Höhe von 45 Milliarden US\$ verursacht, was 2 % der Ausgaben in 2009 entspricht. In der Schweiz wurden unterschiedliche Studien durchgeführt, die insbesondere zeigen, dass es geographische Unterschiede in der Konsumierung von chirurgischen Eingriffen gibt. Sie beweisen, dass die Quoten für chirurgische Eingriffe sich je nach Region verdoppeln können⁴, und zwar ohne akzeptable Gründe;
- Die unterschiedlichen Behandlungsformen – vor allem im gleichen Spital – verbleiben ebenfalls auf einem zu hohen Niveau. Mit anderen Worten: Die Kosten für die gleiche Erkrankung können sich verdreifachen. Wir konnten dies im Rahmen der Reorganisation eines Klinikzentrums in der Schweiz besonders gut beobachten. Auch die Publikationen von Dr. John Wennberg (Dartmouth Institute)⁵ und Dr. Brent James (Intermountain Healthcare) beschreiben solche Fälle;
- Der Kostenvergleich innerhalb der OECD-Länder zeigt sehr große Abweichungen

²IOM (Institute of Medicine). 2010. The Health care Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary. Washington, DC: The National Academies Press

³The healthcare imperative – lowering costs and improving outcomes – Institute of medicine of the national economies - 2010

⁴Vgl. z.B. Cerboni S., Domenighetti G. Variabilité chirurgicale en Suisse: différences intercantionales observées pour trois interventions. Observatoire Suisse de la Santé 2008, Arbeitsdokument Nr. 23

⁵An agenda for change – improving quality and curbing health care spending - John E. Wennberg, Shannon Brownlee, Elliott S. Fisher, Jonathan S. Skinner and James N. Weinstein, December 2008

zwischen den Dienstleistern. Wir können dies auch in der Schweiz⁶ beobachten und dürfen dabei nicht übersehen, dass der Kostenvergleich mit unseren deutschen oder französischen Nachbarn deutlich und systematisch zu unseren Ungunsten ausfällt.

Es gibt vielfältige Gründe für diesen Zustand. Aus zahlreichen Experten-Publikationen ergeben sich folgende Überlegungen, die es verdienen diskutiert und bewertet zu werden:

- Die medizinische Praxis ist noch zu fragmentiert – Pflegekräfte und Gesundheitsberufe haben sich daran gewöhnt, als Team zu arbeiten. Die Mediziner haben diese Kultur weniger angenommen. Zudem arbeiten viele Spitäler und Kliniken mit Freiberuflern. Um diese Ärzte nicht zu verstimmen - was das Risiko bergen würde, die Patienten zu verlieren, die diese mitbringen - zögern die Einrichtungen, die Ärzte zu bitten, sich in die Teams einzubringen und neue Verfahren zu erlernen;
- Die medizinische Gemeinschaft tut sich schwer damit, die besten Verfahren zu übernehmen. Betrachten wir beispielsweise die intravenösen Spritzen (IV). In den USA sterben z.B. fast 28.000 Menschen jedes Jahr an einer IV-Infektion. Vor einigen Jahren hat Professor Peter Provonost (John Hopkins) eine einfache Checkliste mit 5 Punkten veröffentlicht, die sich in der Prävention solcher Zwischenfällen als sehr wirksam erwiesen hat. Dennoch verlässt sich die Mehrheit der Ärzte weiterhin nur auf das eigene Urteil anstatt diese einfache Checkliste ebenfalls anzuwenden. In der Luftfahrtindustrie kann die Nichteinhaltung einer Checkliste die Kündigung bedeuten. Nicht so in unseren Krankenhäusern!
- Ärzte verbinden oft den Begriff Standardisierung mit einer Gefährdung ihrer Freiheit, Medizin durch individuelles Urteil und eigene Kreativität zu praktizieren, ja sogar mit einer Maßnahme, die auf die Rationalisierung medizinischer Versorgung gerichtet ist oder zumindest zu einer Entmenschlichung der Behandlung führt;
- Die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Schweiz haben keine stark ausgeprägte Kultur des Benchmarkings. Wir können dabei nur den Ansatz der Hirslanden-Gruppe⁷ begrüßen, die ihre klinische Performanz publiziert. Diese Art von Maßnahme ist einer von drei Schritten, die es anderen Industrien ermöglicht haben, sich zu transformieren (Dr. Donald Berwick⁸) – eine kluge Standardisierung, wirksame Maßnahmen und ein Reporting, das es den Beteiligten ermöglicht, die Verfahren zu bewerten und zu verbessern (Feedback-Schleufe, die das Lernen fördert);
- Das Wissen in der Medizin verändert sich alle 7-8 Jahre signifikant. Jährlich werden der medizinischen Gemeinschaft zig Tausende von Artikeln, klinischen Studien und neue Behandlungsmethoden angeboten, die dies dann aufgreifen und in ihre berufliche Praxis einbringen soll. Dies ist unmöglich und illusorisch. Allein schon dieser Punkt legt den Ansatz einer Arbeit in Netzwerken nahe und der standardisierten medizinischen Behandlung;
- Das oben Ausgeführte legt die Versuchung nahe, die größte Verantwortung für die Missstände bei den Ärzten zu sehen. Dies würde aber die wichtigste Ursache ausser Acht lassen, die in der Funktion unseres Gesundheitswesens liegt. Mehr als jeder andere Faktor, bedingen unsere Systeme die Art und Weise wie Medizin „funktioniert“. Ausbildung, Kultur, Strukturen und deren Komplexität, Anreizsysteme: Zahlreiche Elemente, die – wenn sie sich nicht entwickeln – die notwendigen Anpassungen bremsen werden. Wir stehen daher vor einer sehr grossen Aufgabe, die zudem alle Akteure des Gesundheitswesens betrifft.

Aber kommen wir wieder auf die Ärzte zu sprechen. Sie mögen beruhigt sein. Die sehr schnelle Entwicklung des Wissens und der Technologien erlauben es sicherlich, die Qualität

⁶Effizienzvergleich zwischen öffentlichen und privaten Spitalern in Bezug auf die Einführung von SwissDRG – Schriftenreihe der SGGP No 111 – Jürg Thöni et Jean-François Andrey 2011

⁷[Rapport qualité 2010/11 – Groupe Hirslanden – annexe à son rapport annuel 2010/11](#)

⁸Cottage Industry to Postindustrial Care — The Revolution in Health Care Delivery
Stephen J. Swensen, M.D., M.M.M., Gregg S. Meyer, M.D., Eugene C. Nelson, D.Sc., M.P.H., Gordon C. Hunt, Jr., M.D., M.B.A., David B. Pryor, M.D., Jed I. Weissberg, M.D., Gary S. Kaplan, M.D., Jennifer Daley, M.D., Gary R. Yates, M.D., Mark R. Chassin, M.D., M.P.P., M.P.H., Brent C. James, M.D., M.Stat., and Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.- N Engl J Med 2010; 362:e12February 4, 2010

der medizinischen Behandlung kontinuierlich zu verbessern. Trotz dieser Fortschritte, wird es immer schwierig sein, polymorbide Patienten mit komplexen Krankheitsbildern zu behandeln. Die besten Statistiken und Verfahrensprotokolle werden weiterhin wenig nützlich sein in diesen Situationen. Die medizinische Intuition wird daher weiterhin der beste Wegweiser und das beste Mittel sein, das den Ärzten zur Verfügung steht.

Diese Feststellungen müssten die Leiter von Netzwerken und Medizinischen Versorgungseinrichtungen dazu bringen, sich noch aktiver einzubringen, um klinische Excellence zu erreichen. Ein Vorbild könnte die Initiative „Best Practices for Better Care“ sein, die im Juni 2011 von 230 Referenzkrankenhäusern in den Vereinigten Staaten ergriffen worden ist. Diese haben sich verpflichtet, sehr schnell fünf Basismethoden einzuführen:

- Jungen Ärzten die Bedeutung von Qualität und Patientensicherheit vermitteln;
- Mehr Sicherheit in der Chirurgie schaffen durch Einführung von Checklisten;
- Die IV Infektionen zu reduzieren durch Einführung der genannten Verfahrensprotokolle;
- Die Wiederaufnahmerate von Patienten mit erhöhten Risiken reduzieren;
- Neue medizinische Verfahren erforschen, bewerten und die Erkenntnisse mit anderen teilen.

Wenn man diese Problematik unter einem nationaleren und makroskopischeren Gesichtspunkt betrachtet, so ist festzustellen, dass trotz der Einführung der SwissDRG die Kosten der medizinischen Versorgung weiterhin stark ansteigen werden und einer nicht beherrschten Steigerungskurve folgen – mit den uns bekannten politischen Folgen. Diese Steigerungskurve könnte jedoch durch eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung gebrochen und beherrscht werden. Dies würde insbesondere auch die zu starken Schwankungen eindämmen, die in den klinischen Behandlungsmethoden beobachtet wurden und gleichzeitig die erkannte große Ressourcenverschwendung reduzieren, wo sie auftritt.

Es sollte erwähnt werden, dass die Einführung der SwissDRG einen Paradigmenwechsel bedeutet. Es geht um die Verlagerung der Risiken, die mit den Herstellungskosten verbunden sind, vom Kostenträger zum Hersteller. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens haben daher ein evidenten Interesse, die Qualität ihrer Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern.

Wir sollten uns daran erinnern, dass im Rahmen der Auswahl des Dienstleistungsportfolios die kantonalen Behörden aber auch die Verwaltungsräte sich zwischen zwei Grundlogiken entscheiden müssen: einerseits einer medizinischen Logik (Patientensicherheit, Qualität der Pflege, Erreichen von kritischer Masse) und einer unternehmerischen Logik und andererseits einer politischen Logik (kantonale / regionale, ja sogar nationale Logik im Bereich der hochspezialisierten Medizin) – oder einer Kombination dieser Logiken. In jedem Fall werden gemäss den Regelungen im LAMal nur die Leistungen finanziert werden können, die eine medizinische und eine unternehmerische Logik respektieren. Es obliegt den Lieferanten für Gesundheitsdienstleistungen, daraus die Schlussfolgerungen zu ziehen.

Was die Mediziner betrifft, so werden sie mit zwei Realitäten konfrontiert sein:

- Hierarchien werden sich auflösen und einer kollektiven Intelligenz Raum machen, die die Barrieren im medizinischen Fachwissen aufheben wird. Ein besser informierter Patient, der aktiv an der Entwicklung der Medizin durch seinen Beitrag teilnimmt – ein Arzt, der sein Wissen von der Erkrankung verbessert, indem er sich mehr für die Standpunkte des Patienten und der Pflege interessiert: Eine alchemistische Mixtur, die eine wahre therapeutische Allianz entstehen lässt;
- Über Realtime-Zugang zu entscheidenden Informationen und diagnostischen Mitteln, Technologien und Medikamenten, die immer effizienter sind, werden die Ärzte mehr Verantwortung dafür tragen als in der Vergangenheit, dass sie „bewusst und umsichtig die besten und aktuellsten Informationen der klinischen Forschung berücksichtigen für die Übernahme der individuellen Behandlung jedes Patienten“ (British Medical Journal 1996).

Die von den verschiedenen Akteuren erwarteten Anpassungen, werden es ermöglichen, die Grundwerte unseres Gesundheitssystems zu erhalten: Lieferung von qualitativ hochwertiger Medizin, die zugänglich, gerecht und zuverlässig ist. Wir wissen, dass wir auf dem richtigen Weg sind, wenn die Akteure die Frage „Wie sollen wir uns mit anderen vergleichen?“ ersetzt haben durch die Frage „Sind wir so gut, wie wir sein sollten/könnten?“

In diesem sich verändernden Kontext, wird es sich sicher zeigen, dass es eine grosse Chance ist, ab heute die Entscheidung zum Aufbruch in Richtung Exzellenz der klinischen Effizienz zu treffen und sich auf den Weg zu machen; morgen erst daran zu denken, wäre sehr wahrscheinlich eine Tragödie! Wir sind überzeugt davon, dass die Akteure unseres Gesundheitssystems, die nicht proaktiv sein werden und nicht erfolgreich diese klinische Transformation mitgehen, mittelfristig verschwinden werden, zumindest in ihrer derzeitigen Form. Eiliges Handeln tut daher Not und wir möchten mit diesem Artikel ein weiteres Plädoyer für diese unbedingt erforderliche Transformation halten.

Olivier Girardin, Partner und Geschäftsführer des Beratungsunternehmens Hpartner. Er lehrt insbesondere bei Espace Compétences die Bereiche Strategie und Human Resources.
Chemin de Jaillot 22, 1277 Borex ; 022 367 29 33, olivier.girardin@hpartner.com

Der gesamte Artikel wurde übersetzt und kann von der Website www.hpartner.com heruntergeladen werden.

Eine Terminempfehlung: Am 3. Mai 2012 findet in Montreux ein ganztägiges Seminar zum Thema „Auf dem Weg zur Excellence“ mit Vertretern aus der Intermountain Healthcare und des National Health Service statt.

Wenn Sie mehr Informationen dazu wünschen oder sich anmelden möchten, können Sie dies über die www.pratique-sante.ch tun. Für das Seminar ist simultanes Dolmetschen vorgesehen.